

SECUNDARIA CEDAR CLIFF

John Kosydar - Director Deportivo
Correo electrónico jkosydar@wssd.k12.pa.us
Twitter @CedarCliff_AD

1301 Carlisle Road
Camp Hill, PA 17011-6199

Teléfono 717-737-8654
Fax 717-737-0874

SECUNDARIA RED LAND

Tom Peifer - Director Deportivo
Correo electrónico tpeifer@wssd.k12.pa.us
Twitter @RedLand_AD

560 Fishing Creek Road
Lewisberry, PA 17339-9510

Teléfono 717-938-6561
Fax 717-932-0886

2023-2024

PAQUETE DE RECERTIFICACIÓN DE EXAMEN FÍSICO

Estimado padre/madre o tutor(a):

Cuota de actividad

Su niño(a) ha expresado interés en participar en un programa atlético en la secundaria Cedar Cliff o Red Land. Son programas para aquellos alumnos que desean un nivel de competición superior al que se ofrece en el programa de educación física. Se requiere una cuota de actividad para participar en atletismo y actividades estudiantiles.

El 23 de mayo de 2023, Titan Family Portal cambió su nombre a LINQ Connect. Cosas importantes que debe saber sobre el cambio:

- El nuevo sitio web que utilizará es <https://linqconnect.com>
- Los nombres de usuario y las contraseñas de los padres no cambiaron (este sistema de pago también se utiliza para el programa de almuerzo escolar). (Este sistema de pago también se utiliza para el programa de almuerzos escolares).

Todas las cuotas de actividad se han ajustado para absorber las cuotas de conveniencia adicionales que pueden cobrarse por pagar en línea. Por favor, haga clic en el enlace proporcionado para las cuotas actualizadas, [Formularios para cuotas de actividades](#). La cuota se calculará por deporte y actividad. Hay un límite máximo para los estudiantes de \$190.00 y para las familias de \$380.00. Las cuotas **deberán pagarse** y presentarse en el plazo mínimo de una (1) semana a partir del inicio de los entrenamientos de la temporada del atleta.

Pagar en línea

Las familias que deseen pagar las tarifas de actividad estudiantil en línea deben crear una cuenta de LINQ Connect para hacerlo (si aún no lo ha hecho). Para comenzar a usar LINQ, siga estos pasos.

Primer paso:

Visite <https://linqconnect.com> y haga clic on “Registrarse” para comenzar el proceso de creación de una nueva cuenta. (Google Chrome es el navegador que recomienda LINQ Connect).

Se le pedirá que proporcione su nombre y dirección de correo electrónico y selecciona una contraseña. También tendrá la oportunidad de seleccionar su idioma principal entre las siguientes opciones: Armenio, birmano, chino, inglés, francés, coreano, ruso, español y vietnamita. También se le pedirá que seleccione una zona horaria. West Shore se encuentra en la hora del Este (EE.UU. y Canadá).

Segundo paso:

Busque en su correo electrónico un mensaje de bienvenida de LINQ Connect y siga el enlace que aparece en dicho mensaje para verificar su cuenta.

Tercer paso:

Siga las instrucciones que aparecen en pantalla para vincular a su(s) niño(a)(s) a su cuenta LINQ Connect.

- Deberá seleccionar West Shore School District en el menú desplegable como su distrito escolar.
- El ID de estudiante de diez dígitos de su niño(a) se puede encontrar en los boletines de notas anteriores o iniciando sesión en [PowerSchool](#) en línea (el número no está disponible en la aplicación móvil). El número aparece en la esquina superior derecha de la pantalla de Calificaciones y Asistencia.
- Una vez que haya configurado su cuenta LINQ Connect, para su(s) hijo(s), para pagar las cuotas de actividad de los estudiantes, haga clic en las tres barras en la esquina superior derecha de su pantalla para acceder al menú desplegable “Tienda”. Desde allí, puede seleccionar la tarifa que desea pagar por su(s) hijo(s) y finalizar la compra. Tenga en cuenta que no podrá usar el dinero depositado en la cuenta de comidas de su hijo para pagar las tarifas de actividades.

Prefiere pagar con cheque

- Los padres/madres, que prefieran **no utilizar** el sistema en línea, deben presentar un cheque a nombre de West Shore School District de la siguiente manera:

West Shore School District
Attention: Athletic/Student Activity Fee
507 Fishing Creek Road
PO Box 803
New Cumberland, PA 17070

Opción de exención

- Las familias que deseen solicitar una exención de la cuota de actividad deben ponerse en contacto con el departamento de atletismo de su secundaria. Los Formularios de Exención de Cuotas de Actividades se pueden encontrar en este enlace: [Formulario de exención de cuotas de actividades](#) El Director de Atletismo de la Escuela Secundaria procesará las exenciones de cuotas de actividades.
Si tiene alguna pregunta sobre el pago asignado, envíe un correo electrónico a Kim McDermitt a kmcdermitt@wssd.k12.pa.us

Spring Sports Offered at Cedar Cliff High School

Spring Sports:

Baseball	Head Coach	Justin Secrest	(Grades 9-12)	jsecrest07@comcast.net
Softball	Head Coach	Lindsay Sowers	(Grades 9-12)	lsowe365@gmail.com
Boys Tennis	Head Coach	Joseph Diminick	(Grades 9-12)	jdiminick@wssd.k12.pa.us
Boys Track and Field	Head Coach	Jody McClymont	(Grades 9-12)	jmcclymont@wssd.k12.pa.us
Girls Track and Field	Head Coach	Brian Osborne	(Grades 9-12)	brian.osborne11@gmail.com
Boys Lacrosse	Head Coach	TBD	(Grades 9-12)	
Girls Lacrosse	Head Coach	Whitney Sementelli	(Grades 9-12)	wsementelli@wssd.k12.pa.us
Boys Volleyball	Head Coach	Matthew Uibel	(Grades 9-12)	muibel@wssd.k12.pa.us

Junior High/Freshman Spring Sports:

Boys Soccer (Junior High)	Head Coach	Jacob Nilphai	(Grades 7-8)	jakenilphai@gmail.com
Girls Soccer (Junior High)	Head Coach	Sandra Stoner	(Grades 7-8)	stoners@wssd.k12.pa.us
Boys/Girls Track (Junior High)	Head Coach	Patrick Tierney	(Grades 7-8)	ptierney@wssd.k12.pa.us
Girls Volleyball (Junior High)	Head Coach	TBD	(Grades 7-8)	

Athletic Trainer:

Athletic Trainer	Head Trainer	Jessica Levendusky	jlevendusky@wssd.k12.pa.us
Athletic Trainer	Asst. Trainer	TBD	

Spring Sports Offered at Red Land High School

Spring Sports:

Baseball	Head Coach	Nate Ebbert	(Grades 9-12)	nebbert@wssd.k12.pa.us
Softball	Head Coach	Madelyn Yannetti	(Grades 9-12)	myannetti@wssd.k12.pa.us
Boys Tennis	Head Coach	Randy Bixler	(Grades 9-12)	bbixler@wssd.k12.pa.us
Boys Track and Field	Head Coach	Larry Kell	(Grades 9-12)	lkell@wssd.k12.pa.us
Girls Track and Field	Head Coach	Tyson Rohrs	(Grades 9-12)	trohrs@wssd.k12.pa.us
Boys Lacrosse	Head Coach	Dave Heisey	(Grades 9-12)	coachheiso@gmail.com
Girls Lacrosse	Head Coach	TBD	(Grades 9-12)	
Boys Volleyball	Head Coach	Nolan McArdle	(Grades 9-12)	nmcardle@wssd.k12.pa.us

Junior High/Freshman Sports

Boys Soccer (Junior High)	Head Coach	Jared Miller	(Grades 7-8)	jamiller@wssd.k12.pa.us
Girls Soccer (Junior High)	Head Coach	Jamie Miller	(Grades 7-8)	jmiller@wssd.k12.pa.us
Boys/Girls Track (Junior High)	Head Coach	Brad Shaffer	(Grades 7-8)	bshaffer@wssd.k12.pa.us
Girls Volleyball (Junior High)	Head Coach	Nicole Wishard	(Grades 7-8)	nwishard@outlook.com

Athletic Trainer

Athletic Trainer	Head Trainer	Lynn Brumbach	lbrumbach@wssd.k12.pa.us
Athletic Trainer	Asst. Trainer	Nicole Singiser	nsingiser@wssd.k12.pa.us

SECCIÓN 7: RECERTIFICACIÓN POR PARTE DE LOS PADRES/TUTORES

Este formulario debe ser completado no antes de seis semanas antes del primer día de práctica del deporte(s) en la temporada(s) deportiva identificada en este documento por el padre / tutor de cualquier estudiante que esté tratando de participar en las prácticas, prácticas interescolares, partidos amistosos, y / o competencias en todas las temporadas deportivas posteriores en el mismo año escolar. El Director, o la persona designada por el Director, de la escuela del/de la estudiante aquí nombrado/a debe revisar el HISTORIAL DE SALUD COMPLEMENTARIO.

Si alguna de las preguntas del HISTORIAL DE SALUD COMPLEMENTARIO está marcada con un sí o con un círculo, el/la estudiante aquí mencionado/a deberá presentar una Sección 8 completada, Re-Certificación por un Médico acreditado en Medicina u Osteopatía, al Director, o a la persona designada por el Director, de la escuela del/de la estudiante.

HISTORIAL MÉDICO COMPLEMENTARIO

Nombre del alumno/a _____ Masculino/Femenino (marque uno)

Fecha de nacimiento del/de la estudiante: ____/____/____ Edad del/de la estudiante en su último cumpleaños: ____ Grado para el año

escolar actual: ____ Deporte(s) de invierno _____

Deporte(s) de primavera: _____

CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN PERSONAL (En los espacios siguientes, identifique cualquier cambio en la Información Personal establecida en la Sección 1 original: Información Personal y de Emergencia):

Domicilio actual _____

Teléfono actual # () _____ Teléfono celular actual del padre/tutor # () _____

CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN DE EMERGENCIA (En los espacios siguientes, identifique cualquier cambio en la Información de Emergencia establecida en la Sección 1 original: Información Personal y de Emergencia):

Nombre del padre/madre/tutor(a) _____ Relación _____

Dirección de correo electrónico del padre/madre/tutor(a) _____

Dirección _____ Teléfono de contacto en caso de emergencia # () _____

Nombre de la segunda persona de contacto en caso de emergencia _____ Relación _____

Dirección _____ Teléfono de contacto en caso de emergencia # () _____

Aseguradora médica _____ Número de póliza _____

Dirección _____ Teléfono # () _____

Nombre del médico familiar _____, Médico (MD) u Osteópata (DO) (marque uno)

Dirección _____ Teléfono # () _____

Si alguna de las preguntas del HISTORIAL DE SALUD COMPLEMENTARIO que aparecen a continuación está marcada con un sí o con un círculo, el estudiante aquí mencionado deberá presentar una Sección 8 completa, Re-Certificación por un Médico acreditado en Medicina u Osteopatía, al Director, o a la persona designada por el Director, de la escuela del/de la estudiante.

Explique las respuestas afirmativas al final de este formulario.

Encierre en un círculo las preguntas para las que no conozca la respuesta.

- | | Sí | No | | Sí | No | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Desde la realización de la evaluación CIPPE, ¿ha padecido alguna enfermedad grave y/o lesión grave que haya requerido tratamiento médico por parte de un médico acreditado en medicina u osteopatía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Desde la realización de la evaluación CIPPE, ¿ha experimentado mareos, desmayos y/o pérdida de conocimiento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> Nota adicional al punto N.º 1: si se ha marcado "SI" a una enfermedad grave o a una lesión grave, <u>brinde información adicional a continuación</u> </div> | | | | | | 4. Desde la realización de la evaluación CIPPE, ¿ha experimentado algún episodio inexplicable de falta de aire, sibilancia y/o dolor torácico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Desde la realización de la evaluación CIPPE, ¿ha sufrido una conmoción cerebral (es decir, pérdida de la conciencia, ver estrellas o escuchar un pitido en la cabeza, mareo o vértigo súbitos) o un traumatismo craneoencefálico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Desde la realización de la CIPPE, ¿está tomando NUEVOS medicamentos o pastillas con receta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | | 6. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría comentar con un médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

#	Explique las respuestas afirmativas; incluya la lesión, el tipo de tratamiento y el nombre del profesional médico que le atendió

Por la presente certifico que, según mi saber y entender, toda la información aquí contenida es veraz y completa.

Firma del/de la estudiante _____ Fecha ____/____/____

Por la presente certifico que, según mi saber y entender, toda la información aquí contenida es veraz y completa.

Firma del padre/madre/tutor(a) _____ Fecha ____/____/____

Sección 8: Recertificación por parte de un médico acreditado en medicina o medicina osteopática

Este Formulario debe ser completado por cualquier estudiante que, después de completar las Secciones 1 a 5 de este Formulario CIPPE, haya requerido tratamiento médico de un médico acreditado en medicina u osteopatía. Esta Sección 8 podrá completarse en cualquier momento tras la realización de dicho tratamiento médico. Una vez completado, el formulario debe ser entregado al Director, o a la persona designada por el Director, de la escuela del/de la estudiante. De acuerdo con el ARTÍCULO X, GESTIÓN Y CONTROL LOCAL, Sección 2, Poderes y Deberes del Director, subsección C, de la Constitución de la PIAA, deberá "excluir a cualquier participante que haya sufrido una enfermedad o lesión grave hasta que el médico acreditado en medicina u osteopatía de la escuela, o en su defecto, otro médico acreditado en medicina u osteopatía declare que el/la concursante está físicamente apto/a."

NOTA: el médico que cumplimente este formulario debe revisar primero las secciones 5 y 6 del formulario CIPPE del alumno/a previamente cumplimentado. La Sección 7 también debe ser revisada si (1) este Formulario está siendo utilizado por el/la estudiante mencionado/a en este documento para participar en Prácticas, Prácticas Intercolegiales, Partidos Amistosos, y/o Competencias en una temporada deportiva subsiguiente en el mismo año escolar Y (2) el/la estudiante mencionado/a en este documento marcó sí o rodeó con un círculo cualquier pregunta del Historial de Salud Complementario en la Sección 7.

Si el médico que llena este formulario da el alta al/a la estudiante mencionado/a en el mismo después de que este/a haya sufrido una conmoción cerebral o una lesión cerebral traumática, dicho médico debe estar suficientemente familiarizado con el tratamiento actual de las conmociones cerebrales como para poder certificar que todos los aspectos de la evaluación, el tratamiento y el riesgo de dicha lesión han sido tratados exhaustivamente por dicho médico.

Nombre del/de la estudiante: _____ Edad _____ Grado _____

Inscrito/a en _____

Afección(es) tratada(s) desde la cumplimentación del formulario CIPPE del/de la estudiante aquí mencionado/a:

A. AUTORIZACIÓN GENERAL: en ausencia de cualquier enfermedad y/o lesión, que requiera tratamiento médico, con posterioridad a la fecha indicada a continuación, por la presente autorizo al/a la estudiante identificado/a arriba a participar durante el resto del año escolar actual en actividades atléticas interescolares adicionales sin restricciones, excepto aquellas, si las hubiera, establecidas en la Sección 6 del Formulario CIPPE de dicho/a estudiante.

Nombre del médico (letra de imprenta) _____ Cédula N. ° _____

Dirección _____ Teléfono () _____

Firma del médico _____ MD o DO (*marque uno*) Fecha _____

B. AUTORIZACIÓN LIMITADA: en ausencia de enfermedad y/o lesión que requiera tratamiento médico, con posterioridad a la fecha establecida a continuación, por la presente autorizo al/a la estudiante identificado/a arriba a participar durante el resto del año escolar actual en actividades deportivas interescolares adicionales con, además de las restricciones, si las hubiera, establecidas en la Sección 6 del Formulario CIPPE de dicho/a estudiante, las siguientes limitaciones/restricciones:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Nombre del médico (letra de imprenta) _____ Cédula N. ° _____

Dirección _____ Teléfono () _____

Firma del médico _____ MD o DO (*marque uno*) Fecha _____

DISTRITO ESCOLAR WEST SHORE
Forma de Seguro/Autorización Médica

Por favor imprima: A ser completado y firmado por el padre/guardián del estudiante

Escuela _____ Año Escolar _____ Grado Actual _____

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del estudiante _____

Nombre del Padre/Guardián _____

Dirección (si difiere de la del estudiante) _____

Teléfono del Padre/Guardian 1. (_____) _____ 3. (_____) _____

Liste en orden de preferencia para llamar. 2. (_____) _____ 4. (_____) _____

Persona a contactar en una emergencia si no se puede contactar al padre o guardián:

Nombre de Contacto _____ Teléfono # (_____) _____

Médico de Familia _____ Teléfono # (_____) _____

Seguro Médico

Nombre de la Compañía _____ Política # _____

Nombre de la Compañía de Empleo _____

Dirección de la Compañía _____

Récord Médico

Complete todas las líneas aun si necesita poner "Ninguno" o "No es aplicable"

Alergias a la medicación _____

Otras alergias _____

Enfermedades graves _____

Medicaciones actuales _____

Otros problemas de salud _____

Fecha de la última vacuna del tétano _____

Consentimiento Paterno/Materno

Por medio de la presente doy el consentimiento para que mi hijo (a) _____ participe en _____ y declare que tenemos seguro médico escolar o seguro de familia para cubrir cualquier accidente, y en consideración a la participación de mi hijo (a) en dicha actividad. Por la presente eximo de toda responsabilidad u obligación al Distrito Escolar West Shore, sus directores, agentes, y empleados en caso de cualquier pérdida o herida/lesión a su persona o propiedad.

Firma del padre/guardián _____ Fecha _____

Doy consentimiento para que un médico calificado ejecute cualquier procedimiento médico o quirúrgico que el considere aconsejable para el bienestar del aplicante mientras el/ella este participando en eventos supervisados por la escuela. Además, esta autorización permite que dicho medico pueda hospitalizar, asegurar las consultas apropiadas, ordene inyecciones, anestesia (local, general, o ambas) o cirugía para este aplicante. El abajo suscrito por la presente asume y esta de acuerdo en pagar cualquier deuda o cuota de medico o cirujano y costos de hospitalización por tales servicios.

Firma del Padre/Guardian _____ Fecha _____

Relación al Estudiante _____

DISTRITO ESCOLAR WEST SHORE

ACTIVIDAD ATLÉTICA Y ESTUDIANTIL CÓDIGO DE CONDUCTA

Memorando de entendimiento Para Atletas y estudiantes participantes en Atletismo inter escolar y actividades estudiantiles

Los abajo firmantes han leído y entendido el “Código de Conducta para Estudiantes del Distrito Escolar de West Shore que Participan en el Programa Inter escolar de Actividades Atléticas y Estudiantiles” como se provee en el *Manual de Actividades Atléticas y Estudiantiles del Distrito Escolar de West Shore*. Además, hemos leído y entendido las reglas y regulaciones provistas por el entrenador / director para este deporte (s) / actividad estudiantil. Entendemos que el Código de Conducta Deportiva y de Actividades Estudiantiles se aplica durante todo el año escolar y para la conducta que ocurre dentro y fuera de la propiedad escolar. La (s) firma (s) adjunta (s) a continuación denotan nuestro acuerdo de cumplir con el Código de Conducta Deportiva y de Actividades Estudiantiles y promover el decoro que sirve como un modelo positivo a seguir en nuestra comunidad y más allá.

Nombre del participante _____

Temporada (s) (marque con un círculo / marque todas las que correspondan)

Otoño Invierno Primavera

Deporte (s) / Actividad estudiantil _____

Firma del participante _____

Firma del Padre / Tutor _____

Fecha _____

Firma del entrenador / director Otoño _____

Firma del entrenador / director Invierno _____

Firma del entrenador / director Primavera _____